

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE<sup>1</sup>**

**o stanie zdrowia dziecka lub ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego**

**(w związku z ubieganiem się o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego z uwagi na:  
autyzm, w tym zespół Aspergera, niepełnosprawność ruchową, w tym afazję)**

Podstawa prawna: § 6 ust. 3 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1743)

**Imię i nazwisko dziecka/ucznia** .....

**data ur.** .....**W** .....

*Bardzo prosimy o czytelne pismo.*

### **1. Rozpoznanie:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**2. Kod niepełnosprawności<sup>2</sup>:** .....

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczęć i podpis lekarza

<sup>1</sup> Zaświadczenie wydaje lekarz specjalista lub lekarz POZ na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.

<sup>2</sup> Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 2027)